令和2年度優秀指定選手メディカルチェックにおける

採血による貧血・栄養検査

強化指定選手・希望調査（回答）

採血による貧血・栄養検査の対象となることを

希望します　　・　　希望しません

※いずれかを○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 指導者氏名 |  |
| 連絡先（携帯） |  |
| メールアドレス |  |

※高校生の場合は、連絡先・メールアドレスは指導者の情報を記載してください。

■提出期限：６月２６日（金）

■提出方法：ＦＡＸ又はメール

※同意書は、自署のうえ、郵送または直接本会までご持参ください。

ＦＡＸ：097－504－0885　・　メール：[watanabe-tatsuya@oen.ed.jp](mailto:watanabe-tatsuya@oen.ed.jp)

公益財団法人大分県スポーツ協会　担当（渡邉）

不明な点は、電話又はメールにてお問い合わせください。

ＴＥＬ：097－504－0888　・　メール：上記アドレスと同様